



# Entrevista al Dr. Otto Kernberg

---

EDICIÓN A CARGO DE MÓNICA EIDLIN<sup>1</sup>

El Dr. Otto Kernberg fue presidente de la Asociación Psicoanalítica Internacional. Desde 1976, es Director del Instituto de Desórdenes de la Personalidad del New York-Presbyterian Hospital, Westchester Division, y Profesor de Psiquiatría de la Universidad Cornell de Nueva York. Desde 1995 a la fecha, ocupa el cargo de Director del Instituto de Desórdenes de la Personalidad en el Departamento de Psiquiatría del Weill-Cornell Medical College. Es, a su vez, Analista Didáctico y Supervisor de la Clínica Psicoanalítica de Entrenamiento e Investigación de la Universidad de Columbia. Anteriormente, se desempeñó como Director del C. F. Menninger Memorial Hospital, como Analista Didáctico y Supervisor del Instituto Psicoanalítico de Topeka, y como Director del Proyecto sobre Investigación en Psicoterapia de la Fundación Menninger. Durante las últimas cinco décadas ha publicado un número importante de artículos y monografías —algunos de las cuales se han convertido en clásicos de la bibliografía psicoanalítica— en los que ha desarrollado diversas áreas teóricas y técnicas.

La entrevista al Dr. Otto Kernberg ofrece la posibilidad de recorrer algunos de sus aportes actuales sobre temas esenciales, como ser: la organización *borderline* de la personalidad, el síndrome de difusión de identidad, la importancia de los afectos en el inicio de la vida, la memoria afectiva, las primeras inscripciones psíquicas, la vivencia de vacío en los pacientes graves, entre otros. Asimismo, expone los fundamentos que lo llevan a

1 Miembro asociado de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. [emonica@adinet.com.uy](mailto:emonica@adinet.com.uy)

manifestar que en las patologías graves no hay diferenciación entre estructura y conflicto. Pero también nos brinda su perspectiva sobre la idea de Freud acerca de las fantasías originarias y su opinión sobre los orígenes de la vida psíquica. Y, por último, señalará los aspectos más importantes de la Psicoterapia Enfocada en la Transferencia (TFP, por sus siglas en inglés), un método específico creado por Kernberg y su equipo para el tratamiento de pacientes con trastornos de personalidad.

Esta entrevista se concretó en el mes de febrero de 2015 en Nueva York, ciudad donde se encuentra el Instituto de Desórdenes de la Personalidad, lugar en el que participo desde hace dos años en algunas de sus actividades.

**MÓNICA EIDLIN:** Muchas gracias, Dr. Kernberg, por concederme esta entrevista. Usted se ha dedicado al estudio y la investigación de pacientes con desórdenes de personalidad por más de cincuenta años. Junto a su equipo, ha desarrollado una técnica, Psicoterapia Enfocada en la Transferencia para pacientes con una organización *borderline* de la personalidad, que viene siendo estudiada y aplicada hace aproximadamente treinta años. Lamentablemente, sus últimos libros no han sido traducidos al español. Tal vez en un futuro no muy lejano sí lo sean. Más adelante le preguntaré sobre la técnica. Quiero comenzar preguntándole qué nuevas ideas han aportado sus últimas investigaciones sobre la organización *borderline* de la personalidad.

**OTTO KERNBERG:** En forma muy sencilla, la definiría como una estructura mental en la cual no se ha desarrollado un sí mismo integrado que integre aspectos reales idealizados y desvalorizados, en una integración armónica que tolera las identificaciones de tipo libidinales y agresivas. Esto ha sido expresado con otras palabras por André Green, quien ha sugerido que el narcisismo no se refiere solo a la investidura del yo con libido, sino a la doble investidura del yo con libido y agresión. Un cambio importante que me parece muy acertado: un yo integrado relacionándose con representaciones integradas de significativos otros, integradas en el sentido de que aspectos idealizados y persecutorios, buenos y malos, pueden sintetizarse en una forma realista, y los personajes que uno ha internalizado como el mundo de relaciones de

objetos interiores son integrados, a su vez. Esto es la estructura normal: el yo normal, constituido por un sí mismo integrado y un mundo de relaciones de objeto internalizadas que son parte de este yo, tanto consciente como preconsciente; un superyó integrado, no excesivamente, ni disociado ni excesivamente crítico y persecutorio; un ello caracterizado predominantemente por mecanismos represivos que interfieren con la expresión directa de impulsos no aceptables primitivos, agresivos y sexuales, en otras palabras, con relaciones incestuosas infantiles y sus aspectos competitivos y agresivos, pero que han sido sublimados en su mayor parte de modo que no hay una represión brutal de la sexualidad y la agresión infantil; en su mayor parte, están siendo sublimados en la capacidad del amor, del apasionamiento maduro, que siempre contiene elementos edípicos y de autoafirmación, que siempre contiene elementos de agresión. Hay un equilibrio entre integración sublimatoria de impulsos primitivos y represión de los aspectos más extremos de ellos. Esta es la estructura normal, en la que predomina la estructura tripartita descrita por Freud, en contraste con la organización limítrofe de la personalidad en la que predomina escisión del yo, escisión de los objetos internos, escisión de las relaciones de objeto internas, falta de una definición clara e integrada del superyó, falta de una definición clara e integrada del ello donde impulsos y defensas aparecen en las formas de relaciones de objeto mutuamente escindidas, y la defensa principal es la escisión primitiva que organiza todo el cuerpo defensivo, en contraste con la represión que aparece en la etapa avanzada del desarrollo.

M. E.: Usted destaca fundamentalmente en estos pacientes el síndrome de difusión de identidad.

O. K.: El síndrome de difusión de identidad es la característica principal. La predominancia de disociaciones primitivas, o *splitting*, entre los aspectos idealizados y paranoides, que son reforzados por defensas primitivas tales como la identificación proyectiva, la negación, la idealización primitiva, la devaluación, el control omnipotente. Todos estos mecanismos contribuyen a distorsionar las relaciones interpersonales, refuerzan la incapacidad de autorreflexión y de mentalización en un sentido amplio, disminuyen la capacidad de comprender la conducta

del otro y su motivación en profundidad. La falta de integración del sí mismo interfiere con una comprensión integrada del propio pasado y presente, dificultad de proyectarse al futuro, incapacidad de asumir compromisos estables, ya sea en lo profesional, en lo afectivo, en el trabajo, en las relaciones sociales.

- M. E.: En esta integración o falta de integración conocemos la importancia de la relación madre-bebé, la relación de objeto. En varios de sus artículos, usted ha resaltado el papel de los afectos en el inicio de la vida. Propone que los afectos se desencadenan en primer término por experiencias fisiológicas y corporales como disposiciones innatas que emergen en los estados más tempranos del desarrollo, y que se organizan progresivamente como parte de las relaciones objetales tempranas en afectos buenos o malos, por decirlo de alguna manera. En *Love and Aggression*<sup>2</sup>, señala que las diferentes características que adoptarán las relaciones objetales dependerán del grado de afecto con que fueron internalizadas. ¿Podría explicar esta propuesta?
- O. K.: En esta integración o falta de integración es importante la relación del bebé con la madre, así como los aspectos constitucionales y psicosociales. Los aspectos genéticos y constitucionales son expresados principalmente a través de los sistemas afectivos, los sistemas de afectos positivos, afectos de tipo erótico, afectos de tipo dependiente, del apego, el sistema primitivo erótico, el sistema primitivo de juego y las relaciones afectuosas no eróticas propiamente dichas, de agrado, juego e interacción social, los tres principales sistemas de afectos positivos: sistema de apego, sistema erótico y el sistema de juego e interacción social. El conjunto de estos afectos positivos va a constituir lo que en el psicoanálisis clásico se ha denominado libido y los dos grandes sistemas de afectos negativos, que es el sistema de lucha y huida y el sistema de pánico de separación; son los que van a dar en conjunto la pulsión agresiva. Es decir, son los afectos los que representan la contribución biológica a la estructura mental, los afectos que desde el nacimiento

2 Kernberg, O. (2012). *The Inseparable Nature of Love and Aggression: Clinical and Theoretical Perspectives*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

son integrados a las relaciones de objeto, y desde este punto de vista, la disposición neurobiológica y de relaciones de objeto se combinan y crean estructuras mentales desde el comienzo de la vida extrauterina y, probablemente, antes de la vida extrauterina. Hay que considerar los afectos como sistemas neurobiológicos, que contienen aspectos puramente fisiológicos y mentales, en el sentido de experiencias subjetivas. Parte de estos sistemas afectivos y estas experiencias subjetivas específicas para cada afecto son, junto con las representaciones de sí mismo y del otro, desde el nacimiento, lo que constituye la vida mental y el aspecto subjetivo experiencial de la vida mental.

Como usted ha mencionado, es importante el nivel de afecto en el que se produce la internalización de las primeras relaciones de objeto. Los afectos constituyen las motivaciones primarias de la conducta. Afectos cumbre son los que motivan al bebé a acercarse o a alejarse de estímulos. Proveen el grado de conciencia, de atención, de interés, de concentración; activan las funciones cognitivas de explorar qué es lo que pasa que me produce agrado o desagrado, y cómo lo manejo. Desde el nacimiento nos hacemos preguntas: ¿Esto es algo que me importa, o no? ¿Es bueno o malo para mí, o es irrelevante? ¿Se mueve o no se mueve? ¿Es animado o es inanimado? Y así, los primeros días ya empezamos a formular nuestra experiencia.

Experiencias positivas refuerzan reacciones afectivas positivas, experiencias negativas que provienen de un mundo hostil aumentan las reacciones de tipo negativo. Hay un sistema afectivo primitivo no específico, afectos de búsqueda que están controlados por una activación dopaminérgica que motiva la exploración general del ambiente; es como una motivación primaria en busca de estímulos. Este sistema afectivo no específico de búsqueda de estímulos tiende a fusionarse con aquellos sistemas que están siendo activados predominantemente. Si el mundo es predominantemente positivo, esto es reforzado por el sistema afectivo de base; si el mundo es agresivo, los sistemas agresivos están siendo reforzados. Si hay una erotización primitiva excesiva, esto va a reforzarse enormemente; si hay agresión primitiva, esto se va a reforzar; por ejemplo, niños que tienen enfermedades crónicas en su primer año de vida —y muy dolorosas, y que tienden a reaccionar con

afecto agresivo frente al dolor físico relacionado con la enfermedad física— desarrollan un sistema hipertrófico de tipo agresivo.

M. E.: Freud consideraba las fantasías originarias como organizadoras de la vida de la fantasía. ¿Cómo piensa los orígenes de la vida psíquica?

O. K.: El concepto de fantasías originarias me parece un poco vago a la luz del conocimiento actual del desarrollo temprano. En la teoría freudiana son conceptos muy elaborados y tardíos. La fantasía de penetrar el cuerpo de la madre, la fantasía de poseer el pecho, son elaboraciones bastante complejas y cognitivas. Yo creo que, al comienzo, hay experiencias sensoriales cuando el bebé está despierto y sin una necesidad muy importante, que son momentos relativamente breves. Después, el bebé juega, hay un deseo de explorar y un aprendizaje de la realidad externa bastante consistente, y una diferenciación gradual de si algo es móvil o inmóvil. Las cosas móviles son consideradas como vivas, a diferencia de las no vivas, que son objetos que pueblan el mundo en el cual hay personas vivas que son interesantes, para empezar, y si estas personas tienen caras humanas, son súper excitantes. Muy pronto hay un aprendizaje innato de si esas caras tienen una expresión amable o peligrosa, positiva o negativa. Bajo emociones intensas, la cosa cambia, la realidad toma tintes intensos, o es muy perfecta, y hay una visión de un mundo perfecto, especial, o es terrible, y el mundo se transforma en una cosa terrible.

Gradualmente, a medida que la memoria fija estas experiencias, hay como un deseo de reactivar las buenas memorias, las buenas experiencias. Poco a poco, el bebé reconoce el pecho, quiere morder al amigo perfecto, el pecho, reconoce la oscuridad, y si tiene hambre, es una situación terrible en la que el mundo colapsa, hay un dolor terrible y una desesperación total, hay una necesidad de que vuelva la experiencia buena. Esto progresivamente se diferencia entre la percepción de una realidad positiva y otra negativa. Especialmente dentro de la percepción positiva, se reconoce la diferenciación entre el sí mismo y la otra persona. Hay evidencia científica de que desde las primeras semanas de vida uno reconoce lo que viene de adentro y de afuera. Hay reconocimiento del olor de la madre en el segundo o tercer día, de la voz de la madre en las primeras semanas. Bajo condiciones in-

tensamente negativas, hay menos separación, hay una angustia muy intensa, pánico de separación. Una sensación de desesperación que gradualmente se mezcla también con la reacción agresiva, el hecho de destruir el mundo terrible. No se puede diferenciar de dónde viene el ataque, la diferenciación de adentro y de afuera es más lenta, pero gradualmente uno tiende a proyectar esto hacia afuera. Uno es la víctima de un ataque de afuera, y esto es peligroso.

Bajo condiciones normales, habituales, hay bastante confianza en que todos estos son momentos tolerables, todo se va a arreglar, y uno mira en forma más real, el niño empieza a tolerar cierta angustia. Si hay un predominio a la frustración de las necesidades básicas, un dolor, una enfermedad física o gradualmente una madre angustiada que no tranquiliza las angustias y las aumenta, entonces aumenta el sector negativo de temor a un mundo frustrante, no tranquilizador, y empieza a predominar la actitud de sospecha de que está muy bueno el mundo para estar seguro. O sea, en vez de pensar en las fantasías originarias, pienso en este tipo de experiencias, el pictograma de Piera Aulagnier, en el que lentamente se va llenando la memoria afectiva de estos dos mundos y ese mundo neutral, bajo la tranquilidad que gradualmente crece y da como el fondo de lo que está sucediendo. Ahora, el niño sueña, probablemente, y también durante el sueño tiene experiencias de lo que vive, ya sea positivo o negativo, y no diferencia bien lo que es sueño y lo que es estar despierto, solo gradualmente se produce esta capacidad de diferenciación.

M. E.: Recuerdo una madre muy preocupada por su bebé de pocas semanas de nacido. Me contaba que su hijo lloraba mientras dormía, y ella no podía entender por qué. Lo había cambiado, le había dado el pecho, estaba calentito, pero no se daba cuenta de a qué podía corresponder ese llanto entrecortado, discontinuo.

O. K.: Seguramente están soñando con algo triste. Si lloran, tal vez es porque tienen imágenes tristes o peligrosas. Hay muchos llantos, hay llantos de rabia, hay llantos de miedo, hay llantos de tristeza. En la teoría bioniana, el sueño es constante, pero yo creo que ahí Bion confunde el sueño diurno de los sueños, porque tienen una estructura distinta. Ya los post-bionianos han dicho que tratan la libre asociación del paciente como si

fuera un sueño, y el terapeuta fantasea sobre lo que cuenta el paciente como si fuera el contenido manifiesto del sueño. Yo no estoy de acuerdo, porque esto ignora la realidad externa. Se produce una ignorancia de las cosas reales que están pasando e influyendo al paciente, y por supuesto, siendo también desplazamientos de situaciones transferenciales.

M. E.: Representaciones, signos de percepción, huella mnémica... Héctor Garbarino habla de presentaciones<sup>3</sup>. ¿Cómo piensa usted la inscripción psíquica de estas primeras experiencias emocionales?

O. K.: Cuando Garbarino habla de presentación, da la sensación de una imagen sensorial, o tal vez una percepción. La percepción es la reactividad de los órganos sensoriales a estímulos que se le presentan. Esos estímulos de la percepción pueden ser grabados en la memoria, entonces, son trazos de memoria. Estos trazos de memoria pueden reactivarse y constituir representaciones. Las percepciones, sin embargo, no son solo extero percepciones, de estímulos exteriores, o intero percepciones, sino que incluyen también una definición cognitiva de lo que se experimenta y un afecto que se asocia a esta sensación. De modo que la sensación sensorial, el marco cognitivo y el tono emocional se reúnen como una experiencia, como una vivencia única que es establecida en la memoria, que puede ser memoria puramente cognitiva en estímulos sin mucha realidad emocional, y es memoria afectiva que tiene un valor fundamental en cuanto a ser motivación. Las memorias afectivas positivas y negativas motivan ir hacia algo, y esta memoria afectiva es acumulada especialmente en el hipocampo. El hipocampo es el sitio de la memoria afectiva. Freud todavía creía que los afectos eran puros fenómenos de descarga; bueno, esa teoría desapareció hace muchos años. En el hipocampo se establece la memoria afectiva que puede ser reactivada. Algunas personas hablan de representaciones primarias, que son las que tienen poca organización cognitiva, son difusas, poco diferenciadas, y las representaciones secundarias, que ya tienen una estructura cognitiva, una delimitación clara y una diferenciación entre sí mismo y la representación de objeto.

3 Garbarino, H. (1986). *Estudios sobre narcisismo*. Montevideo: Roca Viva.

M. E.: Desde esta perspectiva, en las patologías graves, ¿qué se reactiva?

O. K.: Este es un tema interesante. Es probable que experiencias muy tempranas originen *patterns*, módulos de reactividad que dejan muy poca memoria afectiva. Es posible que primitivos módulos de reactividad representen repuestas inmediatas a ciertas situaciones traumáticas en las que la representación de la experiencia es difusa, no llega a tener un aspecto de memoria afectiva, no tiene un efecto experiencial, sino solo conductual, instrumental. Esto se ve en la aparición de *patterns* de conducta que no muestran ninguna memoria reprimida o profunda, y que tienen que ser transformados en una experiencia afectiva cognitiva por la interpretación de su repetición. Este es el caso de los pacientes psicósomáticos que expresan en fenómenos somáticos los equivalentes afectivos sin posibilidad de concientización, pacientes que tienen patrones de conducta muy especiales que no parecen ser traducidos en memoria afectiva y también pacientes que han tenido situaciones muy traumáticas en las que han quedado profundas reacciones de un tipo difuso primitivo que no alcanzó a establecer una memoria afectiva. Estos conocimientos, a pesar de todas las teorías, son aún muy reducidos e incompletos; esto exige mucha investigación, todavía. La teoría de que hay una memoria puramente instrumental, comportamental, que no tiene representación psíquica, es una buena teoría, pero nuestra evidencia no es muy clara al respecto, esto es todo lo que le puedo decir. Cuando leo casos clínicos, siempre al final se interpretan cosas que el paciente ha vivido psíquicamente antes, siempre al final hay experiencias vividas; estoy un poco escéptico frente a esa literatura, aunque me parece muy interesante y está muy de moda.

M. E.: ¿Cómo sería ese escepticismo?

O. K.: Benigno. [risas] Estoy abierto, pero todavía no convencido. Este es un tema muy importante. La teoría de Laplanche de que el erotismo es inducido en el niño en la relación madre-infante me parece sumamente interesante y convincente. Es una capacidad de reactividad percibida pero no mentalizada o es mentalizada secundariamente; es convincente. El hecho de que uno puede empatizar con lo que le pasa a otra persona sin tener conciencia clara de lo que le pasa es un fenómeno psíquico muy primitivo que aparece bien establecido al año, y no conocemos

bien todavía la fisiología al respecto. Pero esto habla, entonces, de un aprendizaje muy temprano que no tiene la estructura compleja que le mencioné, perceptiva, cognitiva, afectiva, seguida de representación cognitivo-afectiva en el hipocampo, que puede ser reactivada.

M. E.: Volviendo al tema de los pacientes con organización *borderline* de la personalidad, ¿es posible pensar, en este tipo de patologías, una diferenciación entre estructura y conflicto?

O. K.: Una cosa no quita la otra. Yo creo que siempre hay conflicto —básicamente, conflicto entre amor y odio, entre agresión y libido—, y ese conflicto se estructura según el nivel de desarrollo del individuo. El psicoanálisis clásico consideró el punto de vista estructural relacionado con el yo, el ello y el superyó, las estructuras definitivas avanzadas de la mente. Hoy en día, sabemos que estas estructuras dependen de estructuras más primitivas que envuelven las relaciones de objeto de tipo diádicas y triádicas, y que están estructuradas en el sentido de una organización basada en escisiones, *splittings*, entre relaciones idealizadas y persecutorias. Tanto las idealizadas como las persecutorias tienen un nivel muy primitivo que crea representaciones irreales de sí mismo y de los demás, fantasías de interacción muy primitivas e irreales, pero la estructura se presenta ahí claramente en la forma de conflictos internalizados en relaciones contradictorias de objeto, relaciones de objeto idealizadas, opuestas a relaciones de objeto persecutorias.

Pero, dentro de cada una de estas polaridades, siempre hay diferenciación entre la representación de sí mismo y la representación de la otra persona. Los momentos de fusión son fusiones defensivas o defensivas idealizadas que niegan la separación entre sí mismo y el objeto, son regresiones de tipo psicótico, o lo mismo del lado persecutorio. Un colapso de la diferenciación del sí mismo y la otra persona bajo condiciones de intensa agresión y pánico primitivo dan lugar a estados de pánico que parecieran no estructurados porque se pierden los límites entre el sí mismo y el objeto. Pero, en el fondo, estos estados de pánico representan un estado mental muy primitivo de pánico, que a su vez es el resultado de un conflicto. Conflictos primitivos son de peligro de muerte, de abandono, la dinámica de abandono y protección contra el abandono, y de agresión secundaria al peligro de

aniquilamiento ligado al temor de abandono; son los conflictos que predominan. Esto, siempre dentro de estas estructuras primitivas.

Cuando tenemos un yo integrado —relacionado con un mundo de objeto integrado, como la estructura básica del yo—, la organización de representaciones demandantes y persecutorias en un superyó integrado, y represión de relaciones de tipo sexuales infantiles y agresivas infantiles o combinadas en el ello, ya estamos en una etapa más avanzada.

- M. E.: Usted habla de momentos de fusión y momentos de diferenciación. Recuerdo su discrepancia con H. Rosenfeld<sup>4</sup> respecto a que las personalidades narcisistas niegan la separatividad entre el sí mismo y el objeto. Usted decía que lo que se niega son las *diferencias* entre el sí mismo y el objeto, pero no la separatividad.
- O. K.: H. Rosenfeld no es totalmente claro sobre si la estructura narcisista ha absorbido el objeto de tal modo que niega la realidad del otro o si tiene una relación con el objeto externo que trata alternativamente como un objeto devaluado, o un objeto frágil, y transitoriamente idealizado antes de que el individuo incorpore todo lo que le parece valioso para, después, devaluar el objeto. El tratar al otro como imagen de espejo de sí mismo es un modo importante defensivo de personalidades narcisistas que les protege, por un lado, de una idealización que llevaría a una envidia intolerable o una desvalorización que los condenaría a la pérdida del terapeuta. Entonces, una manera de protegerse es mantenerlo ni superior ni inferior mediante un control omnipotente, mantenerlo como una imagen idéntica de lo que es uno mismo. Es un caso especial de relación de objeto, pero no es una pérdida de diferenciación. No hay una fusión simbiótica, sino que hay una relación muy primitiva entre un objeto dominante, envolvente, incorporador, y uno sometido, esclavizado, desvalorizado. Hay un esfuerzo del paciente por identificarse con este objeto grandioso, tratar a la otra persona sin ninguna importancia propia. En algunos casos, queda sumamente irritado porque el analista piensa distinto, no

4 Kernberg, O. (1984). *Trastornos graves de la personalidad*. México D. F.: El Manual Moderno.

porque el paciente sienta que el analista es parte de él, sino porque el analista tiene que someterse al paciente; si el analista se muestra diferente, es un ataque al control omnipotente del paciente. A diferencia de pacientes psicóticos, saben muy bien la diferencia entre sí mismo y la otra persona. Rosenfeld, al decir que no separan el sí mismo de la otra persona, los confunde con pacientes psicóticos, que de hecho no hacen esta separación, pueden vivir la fantasía de que es solo una mente que está hablando consigo misma.

M. E.: Parecería que en los momentos que sienten perder el control omnipotente, proyectan los aspectos más desvalorizados en el otro y lo menosprecian, tal vez como un modo ilusorio de recuperar la grandiosidad del *self*. Lo importante, creo yo, es que el analista pueda correrse de ese lugar, lo cual generará, a su vez, una respuesta en el paciente.

O. K.: Claro, exacto. Normalmente, lo menosprecian, pero si sienten que el otro está en desacuerdo, es como si el otro estuviera tratando de devaluar a sus pacientes, entonces proyectan su propia tendencia devaluadora sobre este objeto que se rebela. Les da rabia que el analista no se deje devaluar, entonces, se sienten ellos devaluados por el analista. La devaluación del analista es una protección de la propia grandiosidad.

M. E.: Con pacientes graves no podemos dejar de pensar en una vivencia subjetiva de vacío. Usted le ha dedicado un capítulo a este tema en su libro *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*<sup>5</sup>. ¿Qué nos agregaría hoy?

O. K.: Es un término muy general que puede significar muchas cosas. A veces es equivalente a angustia, pero muy distinto. Una sensación de peligro de destrucción, en general intensa angustia que se refiere a un peligro de destrucción que tiene que ver con impulsos agresivos, no reconocidos y proyectados hacia afuera. Detrás de esta angustia hay agresión y temores paranoides.

Es distinta la soledad al estar solo, *loneliness*, sentirse abandonado por el objeto querido; echar de menos a alguien no es vacío. Pacientes muy deprimidos se pueden sentir vacíos como resultado de una presión del superyó que les declara que no merecen que nadie los quiera.

5 Kernberg, O. (1974). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Están condenados a estar solos, ser abandonados. Todos los objetos buenos o están destruidos o lo han abandonado. Es una expresión de culpa; entonces, detrás de ese vacío hay que hacer surgir los sentimientos de culpa.

En otros casos, en estructuras narcisistas, ahí es realmente un sentirse completamente solo porque no existen otros objetos en el mundo; ha destruido todos los objetos buenos. Estos pacientes se sienten muy solos y al mismo tiempo tienen envidia terrible de todos los demás que tienen vida propia. No pueden convivir con otros, y al mismo tiempo, tienden a rechazar al terapeuta, también por envidia inconsciente.

Así que con un paciente que se siente vacío, hay que tomar en cuenta si se está sintiendo vacío en presencia del analista.

M. E.: ¿Qué significa esto, que el analista no existe para él?

O. K.: Buena pregunta. El analista no existe como alguien que lo protege de la soledad, y esto tiene que ser analizado. Puede ser producto de envidia, de culpa; puede ser, como A. Green lo ha descrito, el síndrome de *la madre muerta*, esa identificación inconsciente con la madre crónicamente deprimida, que es como si estuviera muerta. Entonces, estar como ella es la única manera de poder vivir; hay que renunciar a todas las relaciones vivas, estar solo con ese objeto. Muchas veces, detrás de esto hay una despolarización de todas las relaciones objetales para evitar conflictos profundos.

El paciente le dice al terapeuta: «Sí, escucho lo que está diciendo; muy importante, pero no me toca». Nada lo toca, porque si lo tocara, despertaría muchos sentimientos contradictorios. La única seguridad está como en la muerte total del universo. El paciente se siente vacío, pero no está sufriendo. Hay que diferenciar vacío de una penosa experiencia de soledad, de vacío como la tranquilidad soberana que no hay necesidad de tocar.

M. E.: No sería, entonces, una experiencia dolorosa.

O. K.: Hay ciertas experiencias de vacío que no son dolorosas, sino que son un triunfo de no necesitar a nadie, una desobjetalización completa, como lo describe A. Green.

Detrás de un comentario «Me siento vacío completamente», hay que explorar qué tiene la mente al respecto, qué es lo que siente, qué es

lo que piensa. A veces es un triunfo narcisista. Yo tenía un paciente que comenzó su análisis diciéndome: «Yo me siento completamente vacío, no creo que usted vaya a encontrar nada en mi mente para guardar». Me cuenta un sueño que tuvo, y el sueño era que estaba en una casa de piedra; todo era de piedra: color de piedra, los cuadros de piedra, las sillas de piedra, los muebles de piedra; era como una pintura de Magritte en la que todo son piedras grises. Un cuadro que transmite soledad, muerte. El paciente abre la puerta de piedra y mira hacia afuera, y hay una superficie inmensa cubierta de piedra y solo piedra. Nada más. Y dice: «Piedras y piedras, nada más», con una leve sonrisa irónica, como diciéndome: «Ya ve todo el esfuerzo que usted va a hacer para encontrar alguna otra cosa, pero no lo va a lograr; usted va a encontrar puras piedras». Y yo le respondí: «Esta imagen de mí capaz de no encontrar nada sino solo piedras le produce cierta satisfacción irónica». El paciente se sonrió, y respondió: «Sí, es cierto». Entonces yo le dije que esta sensación de vacío no solo era un problema, sino que tenía algo también restaurador. Nada tenía sentido, nada se iba a descubrir, nada iba a pensar; el paciente estaba asegurado en su inmovilidad total. Esa fue la interpretación de la primera sesión, así comenzamos.

Esto es muy distinto a pacientes con una profunda angustia depresiva, cuando detrás de un vacío total, hay una sensación de fuerzas enemigas. No hay nada en la vida, sino frustraciones; todo va a crear conflicto, depresión, humillaciones. O pacientes que tienen la fantasía de que está todo destruido; lo mejor es no pensar en nada para no confrontarse con esa catástrofe. Y es un modo de proteger al terapeuta, que se quede afuera de esta catástrofe antes de que también él aparezca totalmente destruido. Este sería el modo en el que yo evaluaría las diferentes situaciones de angustias muy graves, defensas narcisistas.

M. E.: En el mundo psicoanalítico hay un consenso de opiniones en cuanto a que el método psicoanalítico clásico no es el más aconsejado para el tratamiento de pacientes graves. Usted ha desarrollado un método de psicoterapia enfocado en la transferencia, específico para estos pacientes. Sabemos que el tratamiento psicoanalítico está basado en la transferencia, ¿cuál sería entonces la diferencia con el tratamiento que usted propone?

O. K.: Nosotros hemos desarrollado una psicoterapia psicoanalítica específica para trastornos graves de personalidad. Estos son pacientes muy graves, que en general no son aceptados para tratamiento psicoanalítico: tendencias suicidas, automutiladoras, crónicas graves de tipo paranoide o esquizoide, limítrofes, narcisistas, hipocondríacos. No digo que todos los pacientes con estructura limítrofe tienen indicación para este tratamiento. Algunos de ellos pueden ser tratados con tratamiento psicoanalítico, pero no cabe ninguna duda de que hay muchos pacientes que tienen un alto grado de agresión, autoagresión, falta de desarrollo de un sentido de responsabilidad o capacidad de someterse a un tratamiento sin control y sin límites, como es el psicoanálisis clásico; no pueden ser tratados, y son rechazados por los analistas, hasta por los psicoanalistas klenianos, que en teoría analizan a todo el mundo pero saben muy bien que hay ciertos pacientes que derivan a los psiquiatras. Para estos pacientes con estructura de personalidad limítrofe y con grave ruptura de su capacidad de una vida relativamente normal —en el plano del su trabajo, su profesión, su vida amorosa, sus relaciones sociales—, con incapacidad de mantener las funciones ordinarias de vida, hemos modificado el tratamiento psicoanalítico en una psicoterapia psicoanalítica que tiene la posibilidad de tratar y modificar las estructuras primitivas en un tratamiento de una frecuencia menor; dos sesiones por semana, no menos. Se desarrolla con un marco diferente, es una psicoterapia frente a frente en la cual se utilizan las técnicas psicoanalíticas básicas, pero modificadas.

La Psicoterapia Enfocada en la Transferencia recurre a los cuatro componentes fundamentales del psicoanálisis: interpretación, análisis de transferencia, neutralidad técnica y utilización de la contratransferencia. En cada uno de ellos hemos realizado algunos cambios parciales que mantienen esta técnica como una técnica estrictamente analítica, pero el efecto total es distinto debido a estos cambios. En cuanto a la interpretación, está enfocada en forma máxima en el significado inconsciente del aquí y ahora, con una interpretación genética limitada a estados avanzados del tratamiento. La interpretación está muy enfocada en la clarificación, la confrontación de la realidad inmediata y de los significados inconscientes en el aquí y ahora, en contraste con la insistencia mayor en

la reconstrucción del pasado. En cuanto al análisis de la transferencia, es sistemático, pero está muy enfocado en el análisis de las transferencias escindidas idealizadas y persecutorias, y en integrar las disociaciones transferenciales hacia el medio externo, de modo que las interpretaciones de los desplazamientos de la transferencia llegan a tomar una parte importante del contenido de las sesiones. En este sentido usamos el concepto de la transferencia total, pero hasta más allá de lo que lo usa Betty Joseph, en el sentido de que tratamos de mantenernos informados de lo que pasa en el mundo exterior de los pacientes y que es escindido de forma tan extrema que ni siquiera aparece en la forma desplazada o disfrazada en la transferencia. Hay disociaciones muy profundas que pueden hacer que los pacientes tengan conductas autodestructivas en el medio externo sin que el analista tenga idea de lo que está pasando, y se encuentra solo con la tragedia cuando ya se ha producido.

M. E.: ¿En esos casos ustedes toman contacto con la familia o algún otro allegado al paciente?

O. K.: No, solo tenemos contacto con la familia en casos de niños y adolescentes que todavía viven en dependencia con la familia. Hacemos una investigación constante de lo que pasa en el mundo exterior del paciente, de lo que pasa en el plano de amor y sexo, trabajo y profesión, vida social, creatividad. Nosotros tratamos de diagnosticar el grado de honradez del paciente y le preguntamos directamente; con pacientes deshonestos, la deshonestidad se analiza en la transferencia, y ahí sí usamos personajes exteriores en las primeras fases del tratamiento para que nos den información de lo que pasa en la realidad. Establecemos condiciones especiales en tratamientos que de otro modo serían inoperantes; estamos hablando de pacientes graves. Si usted tiene un paciente que crónicamente miente, tiene que analizarlo, pero mientras le miente crónicamente, usted está en el aire, así que nos preocupamos de controlar aspectos de su vida hasta que llega un momento en el que parece que esto ya no es necesario.

En cuanto a neutralidad técnica, se mantiene limitada por intervenciones controladoras que son restrictivas y ponen límites al paciente si el paciente está amenazado por conductas peligrosas para su supervivencia, la supervivencia de otros o la supervivencia del tratamiento. E estruc-

turamos el tratamiento de manera tal que se pierde transitoriamente la neutralidad técnica, y la restablecemos interpretativamente. En cuanto al uso de la contratransferencia, no se diferencia de lo que sucede en psicoanálisis, excepto que estos pacientes generan contratransferencias tan intensas que es muy importante para el analista tolerarlas, controlar su expresión, usarlas como material integrado a la interpretación transferencial y no comunicarlas directamente al paciente.

M. E.: ¿En estos pacientes los aspectos escindidos aparecen rápidamente en la transferencia?

O. K.: Sí, claro, están ahí, aparecen por sí solos, no los fomentamos. Están ahí, y tratamos de interpretarlos a medida que se presentan. La técnica de interpretación de transferencia implica interpretarla desde el comienzo del tratamiento y, en general, cuando nos concentramos en relaciones de objeto primitivas o en mecanismos de defensa primitivos, nuestra técnica está más cerca de la técnica kleiniana.

M. E.: André Green en *De locuras privadas*<sup>6</sup> ubica su teoría en la frontera entre la psicología del yo y la teoría kleiniana. ¿Es así?

O. K.: Sí, es así. Con estos pacientes usamos aspectos de la psicología del yo y de la psicología kleiniana. Es importante ir desde la superficie hacia la profundidad, el análisis de las defensas, interpretar lo que es afectivamente dominante como criterio más importante para selección del material. Pero parte de esto ahora coincide también con otros términos, con lo que está haciendo hoy el análisis kleiniano. Así que le diría que es una técnica muy dentro de la corriente principal contemporánea —que combina aspectos kleinianos, de la psicología del yo, de la escuela independiente británica y de la francesa no lacaniana—, en contraste con las escuelas relacionistas.

M. E.: ¿En qué?

O. K.: En considerar la importancia del conflicto intrapsíquico y la psicología de las pulsiones, y en tratar de mantener una atmósfera técnicamente neutral. En este sentido, estamos mucho más cerca del psicoanálisis clásico que del relacionista.

6 Green, A. (2001). *De locuras privadas*. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1972).

M. E.: Cuando se habla de la modificación del método psicoanalítico para estos pacientes, ¿piensa que hay un temor en los psicoanalistas a una pérdida de especificidad del método psicoanalítico?

O. K.: En los institutos psicoanalíticos siempre hay miedo a la pérdida de la pureza del psicoanálisis. Es una psicología derivada del aislamiento científico de los institutos psicoanalíticos, la falta de estudio, enseñanza y experiencia en psicoterapia psicoanalítica científica. Si uno tiene una definición clara de lo que es técnica psicoanalítica y de lo que es técnica psicoterapéutica, si diferencia lo que es una técnica psicoterapéutica analítica de técnicas psicoterapéuticas de apoyo, si uno tiene una teoría de técnica clara, con sus límites, no hay por qué tener miedo. Pero si uno se mantiene en una oscuridad vaga de lo que es técnica psicoanalítica y técnica psicoterapéutica, entonces hay peligro de que todo se mezcle. El temor es totalmente infundado y deriva del hecho de que en muchas partes no se concibe y no se enseña una técnica psicoanalítica clara y precisamente limitada.

Los institutos psicoanalíticos deberían formar gente en psicoterapia psicoanalítica —y no solo en psicoanálisis—, un alto nivel de psicoterapia psicoanalítica, de modo que los analistas que se reciban sean capaces de tratar todo tipo de pacientes en cualquier nivel sabiendo con quién usar qué.

El segundo punto sería la importancia de desarrollar la investigación sobre la efectividad de nuestros tratamientos, que es algo que debemos a la ciencia y debemos a la sociedad, que tiene modos alternativos de tratamientos y nos pregunta qué es mejor, qué ayuda mejor a los pacientes. Estamos en una situación real en la que tenemos que pensar que hay casos en los que el análisis es mucho mejor que otras cosas, hay otros casos en los que hay otros tipos de tratamientos que pueden ayudar al paciente mejor, o igual o en menos tiempo.

M. E.: Y para terminar, si hacemos psicoterapia psicoanalítica, ¿no somos psicoanalistas?

O. K.: Ese es un prejuicio tradicional que en el fondo solo daña al psicoanálisis. Es una autoidealización narcisista de la profesión, y desgraciadamente hay algo de eso en nuestra educación psicoanalítica. Hay una actitud de ese tipo que no es enfrentada, abierta y sincera.

La orientación americana está como más abierta a la psicoterapia y a la investigación. Si bien, por otro lado, la orientación norteamericana sufre la falta de una cierta profundidad teórico-conceptual por no haber integrado suficientemente los conceptos klenianos y por una tentación culturalista relacionista que en el fondo niega la importancia fundamental de la agresión como un determinante fundamental del ser humano. ♦